

Année 1958

N°

T H E S E

630

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplome d'Etat)

p a r

P I G O U N I D E S P a s c a l

(22-6-1930, PARIS 14°)

Presentée et soutenue publiquement le

19

A P R O P O S D ' U N C A S D E

G R A N U L O M E D I T E O S I N O P H I L E

+ D E L A P R E M I E R E C O T E

C H E Z U N A D U L T E J E U N E .

P R E S I D E N T : M. J E A N B A U M A N N , P R O F E S S E U R .



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556007_0011

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom : P I G O U N I D E S

Prenom : P a s c a l

Date de la soutenance :

Numero d'ordre :

PIGOUNIDES Pascal.
A propos d'un cas de
Granulome dit eosino-
phile de la I^o cote
chez un adulte jeune
Paris, 1958, 12p., 1 pl.
h.t. (Th.méd.(Et.)
Paris, 1958, N^o)

PIGOUNIDES Pascal
A propos d'un cas de
Granulome dit eosino-
phile de la I^o cote
chez un adulte jeune
Paris, 1958, 12p., 1 pl.
h;t. (Th.méd.(Et.)
Paris, 1958, N^o)

PIGOUNIDES Pascal
A propos d'un cas de
Granulome dit eosino-
phile de la I^o cote
chez un adulte jeune
Paris, 1958, 12p., 1 pl.
h.t. (Th.méd.(Et.)
Paris, 1958, N^o)

PIGOUNIDES Pascal
A propos d'un cas de
Granulome dit eosino-
phile de la I^o cote
chez un adulte jeune
Paris, 1958, 12p., 1 pl.
h.t. (Th.méd.(Et.)
Paris, 1958, N^o)



MM. BENARD(H), BROCC(P), BULLIARD(H), CADENAT(F), CHABROL(E), CHAMPY(C),
 CHEVALLIER(P), DEBRE(R), DONZELOT(E), GASTINEL(P), GUILLAIN(G), HALPHEN(E)
 HARVIER(P), HAZARD(R), HEUYER(G), LAROCHE(G), LAUBRY(C), LEMAITRE(F), LEVY
 SOLAL(E), LHERMITTE(J), LIAN(C), LOEPER(M), MARION(G), MATHIEU(P), MOCQUOT
 (P), MONDOR(H), MONOD(R), MULON(P), OLIVIER(E), RICHEL(C), STROHL(A), TANON
 (L), VELTER(E).

DOYEN.....Leon BINET
 (Membre de l'Institut)

ASSESEUR.....Jean VERNE

I.-PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER(G)
Anatomie pathologique	DELARUE(A)
Anesthesiologie	BAUMANN(J)
Bacteriologie	FASQUELLE(R)
Biochimie medicale	JAYLE(M.F)
Biologie appliquee à l'education physique et aux sports	CHAILLEY-BERT(P)
Biologie medicale	FAUVERT(R)
Cancerologie medicale et sociale	BERNARD(J)
Clinique carcinologique	REDON(H)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN(M)
Cliniques chirurgicales -Beaujon	SICARD(A)
-Cochin	QUENU(J)
-Hotel-Dieu	MENEGAUX(G)
-Salpetriere	MOULONGUET(P)
Clinique chirurgicale reparaatrice et orthopedique	MERLE D'AUBIGNE(R)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	de GAUDARD-D'ALLAINES(F)
Clinique de chirurgie infantile et orthopedie	FEVRE(M)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MATHEY(J)
Clinique de genetique medicale	LAMY(M)
Clinique gynecologique	FUNCK-BRENTANO(P)
Clinique des maladies cutanees et syphilitiques	DEGOS(R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA(J)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET(P)
Clinique des maladies mentales et de l' encephale	DELAY(J)
Clinique des maladies metaboliques	HAMBURGER(J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL(G)
Clinique des maladies du systeme nerveux	ALAJOUANINE(T)
Cliniques medicales -Bichat	JUSTIN-BESANCON(L)
-Broussais	DE GENNES(L)
Cochin	MOREAU(R)
-Hotel-dieu	BARIETY(M)
Clinique medicale d'hydro-climatologie therapeutique	DEBRAY(C)
Clinique medicale propedeutique	PASTEUR-VALLERY-RADOT(B)
Clinique medico-sociale du diabete sucre et des maladies de la nutrition	BOULIN(R)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS(D)
Cliniques obstetricales -Baudelocque	LACOMME(M)
-PORT-Royal	VARANGOT(J)
Tarnier	LANTUEJOUL(P)

2. The second part of the document focuses on the financial aspects of the organization. It provides a detailed overview of the budget, including the projected income and expenses for the upcoming year. This section also discusses the various financial risks that the organization may face and the strategies used to mitigate these risks.

3. The third part of the document discusses the operational aspects of the organization. It provides a detailed overview of the various departments and their functions, as well as the processes used to manage the organization's day-to-day operations. This section also discusses the various challenges that the organization may face and the strategies used to overcome these challenges.

4. The fourth part of the document discusses the human resources aspects of the organization. It provides a detailed overview of the various roles and responsibilities within the organization, as well as the processes used to recruit, hire, and manage the organization's workforce. This section also discusses the various challenges that the organization may face and the strategies used to overcome these challenges.

5. The fifth part of the document discusses the legal aspects of the organization. It provides a detailed overview of the various laws and regulations that the organization must comply with, as well as the processes used to ensure that the organization is in full compliance with these laws and regulations. This section also discusses the various challenges that the organization may face and the strategies used to overcome these challenges.

6. The sixth part of the document discusses the environmental aspects of the organization. It provides a detailed overview of the various environmental risks that the organization may face, as well as the processes used to manage these risks. This section also discusses the various challenges that the organization may face and the strategies used to overcome these challenges.

7. The seventh part of the document discusses the social aspects of the organization. It provides a detailed overview of the various social responsibilities that the organization has, as well as the processes used to manage these responsibilities. This section also discusses the various challenges that the organization may face and the strategies used to overcome these challenges.

8. The eighth part of the document discusses the overall performance of the organization. It provides a detailed overview of the various key performance indicators (KPIs) that the organization uses to measure its performance, as well as the processes used to analyze and improve this performance. This section also discusses the various challenges that the organization may face and the strategies used to overcome these challenges.

9. The ninth part of the document discusses the future of the organization. It provides a detailed overview of the various strategic goals that the organization has set for the future, as well as the processes used to implement these goals. This section also discusses the various challenges that the organization may face and the strategies used to overcome these challenges.

10. The tenth part of the document discusses the conclusion of the document. It provides a detailed overview of the various findings and recommendations of the document, as well as the processes used to implement these findings and recommendations. This section also discusses the various challenges that the organization may face and the strategies used to overcome these challenges.

MM.

Clinique ophtalmologique	RENARD(G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN(A)
Clinique de pediatrie sociale	MARIE(J)
Clinique de pneumo-phtysiologie	BERNARD(E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX(L)
Clinique de puericulture	LELONG(M)
Clinique rhumatologique medicale et sociale	COSTE(F)
Clinique stomatologique	DECHAUME(M)
Clinique therapeutique chirurgicale	SENEQUE(J)
Clinique therapeutique medicale	LEMAIRE(A)
Clinique urologique	FEY(B)
Electro-physiologie medicale	DJOURNO(A)
Embryologie	GIROUD(A)
Histoire de la medecine et de la chirurgie	SOULIE(P)
Histologie	VERNE(J)
Hygiene et clinique de la premiere enfance	TURPIN(R)
Hygiene et medecine preventive	JOANNON(C)
Medecine legale	PIEDELIEVRE(R)
Medecine du travail	DESOILLE(H)
Parasitologie	GAILLARD(H)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE(R)
Pathologie exotique	LAVIER(G)
Pathologie experimentale et comparee	LENEGRE(J)
Pathologie humorale et immunologie experimentale	MERKLEN(F)
Pathologie medicale	DECOURT(J)
Pathologie et therapeutique generales	GARCIN(J)
Pharmacologie et matiere medicale	CHEYMOL(J)
Physiologie	BINET(L)
Physique medicale	DOGNON(A)
Radiologie medicale	DESGREZ(H)
Technique chirurgicale	PATEL(J)
Therapeutique	BROUET(G)

II.-PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	DELMAS(A) CABROL(C) DEBEYER(J) OLIVIER(G)	Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS(H)
Anatomie-pathologique		Hematologie	N... N...
Melle	GAUTHIER-VILLARS(P) BUSSE(F) GOUYGOU(C)	Histologie	COUJARD(R) N... N...
Anesthesiologie	;...	Hydrologie	CORNET(A)
Bacteriologie	HAUDUROY(P) NEVOT(A) CHRISTOL(D) TOURNIER(P) BARBIER(P)	Hygiene	BOYER(J) DEPARIS(M)
Biochimie medicale	ETTORI(J) DESGREZ(P) POLONOVSKI(J) SCHAPIRA(G)	Maladies infectieuses	BASTIN(R)
Biologie medicale	BOURLIERE(F)	Medecine legale	DEROBERTE(L) GAULTIER(M) HADENGUE(A)
Carcinologie		Medecine du travail	ALBAHARY(C)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT(B)	Neuro-chirurgie	DAVID(M)
Electro-radiologie		Neurologie	LHERMITTE(F)
		Obstetrique	GRASSET(J) LE LORIER(G) LEPAGE(F) MERGER(R) MORIN(P) RAVINA(J) ROBEY(M) BREGEAT(P) DESVIGNES(P)
		Ophtalmologie	

Orthopedie	MM. JUDET(R)		MM. DOMART(A)
O-R-L	AUBRY(M)		LAMOTTE(M)
	MADURO(R)		LAROCHE(C.P)
Parasitologie	BRUMPT(L.C)		MACREZ(C)
	CHABAUD(A)		MILLEEZ(P)
Pathologie chirurgicale	RUDLER(J)		PEQUIGNOT(H)
	ABOULKER(P)		RAMBERT(P)
Pathologie chirurgicale	BARCAT(J)		ROYER(P)
	CAUCHOIX(J)		THIEFFRY(S)
	DUBOST(C)		TURIAF(J)
	FAUREL(J)		WOLFROMM(R)
	FLABEAU(F)		N... N...
	GERMAIN(A)	Pediatrie	JOSEPH(R)
	GOSSET(J)		MOZICONACCI(P)
	LAURENCE(G)		POLONOVSKY(C)
	LORTAT-JACOB(J)	Pharmacologie	Melle LEVY(J)
	OLIVIER(C)		N...
	POILLEUX(F)	Physiologie	BARJETON(D)
	THOMERET(G)		PARROT(J)
	VERNE(J.M)		DEJOURS(P)
	N... N...	Physique medicale	GOUGEROT(L)
Pathologie experimentale	LOEPER(J)		N...
	MAURICE(P)	Pneumo-phtysiologie	KREES(B)
Pathologie medicale	HAGUENEAU(J)	Psychiatrie	PICHOT(P)
	BOUDIN(G)	Psychiatrie infantile	N...
	BOUVIER(J.B)	Rhumatologie	DELBARRE(F)
	BRICAIRE(H)	STOMATOLOGIE	CERNEA(P)
	BRISSAUD(H)		Mme CHAPUT(A)
	CASTAIGNE(P)	Therapeutique	CHASSAGNE(P)
	CONTE(M)		PERRAULT(M)
	DEROT(M)	Urologie	KUSS(R)

III.-PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
Clinique chirurgicale AMELINE(A)		Clinique neurologique DE SEZE(S)	
HUGUIER(J)		Clinique obstetricale MAYER(M)	
LEGER(L)		Clinique ophtalmologique OFFRET(G)	
PADOVANI(P)		Clinique pediatrique LAPLANE(R)	
ROUX(M)		Clinique psychiatrique BARUK(H)	
Clinique medicale DREYFUS(Gilbert			
KOURILSKY(R)			

Secretaire general de la Faculte
Secretaire

M.MOREL(J)
Mlle CHAINTREUIL(G)

Conservateur, charge de la direction
Conservateurs

M.le Docteur HAHN(A)
Mlles DUMAITRE(P)
GOICHON(A&M)

Bibliothecaires

Mme CONTET(J), Mlles LAURENT(H), LE NOIR(G)
QUIEVREUX(E).

1. The first part of the report deals with the general situation of the country. It is a very interesting and informative study of the country's development. The author has done a great deal of research and has gathered a wealth of material. The report is well written and is easy to read. It is a valuable contribution to the study of the country's development.

2. The second part of the report deals with the economic situation of the country. It is a very interesting and informative study of the country's economic development. The author has done a great deal of research and has gathered a wealth of material. The report is well written and is easy to read. It is a valuable contribution to the study of the country's economic development.

3. The third part of the report deals with the social situation of the country. It is a very interesting and informative study of the country's social development. The author has done a great deal of research and has gathered a wealth of material. The report is well written and is easy to read. It is a valuable contribution to the study of the country's social development.

4. The fourth part of the report deals with the political situation of the country. It is a very interesting and informative study of the country's political development. The author has done a great deal of research and has gathered a wealth of material. The report is well written and is easy to read. It is a valuable contribution to the study of the country's political development.

5. The fifth part of the report deals with the cultural situation of the country. It is a very interesting and informative study of the country's cultural development. The author has done a great deal of research and has gathered a wealth of material. The report is well written and is easy to read. It is a valuable contribution to the study of the country's cultural development.

6. The sixth part of the report deals with the environmental situation of the country. It is a very interesting and informative study of the country's environmental development. The author has done a great deal of research and has gathered a wealth of material. The report is well written and is easy to read. It is a valuable contribution to the study of the country's environmental development.

7. The seventh part of the report deals with the international situation of the country. It is a very interesting and informative study of the country's international development. The author has done a great deal of research and has gathered a wealth of material. The report is well written and is easy to read. It is a valuable contribution to the study of the country's international development.

8. The eighth part of the report deals with the future of the country. It is a very interesting and informative study of the country's future development. The author has done a great deal of research and has gathered a wealth of material. The report is well written and is easy to read. It is a valuable contribution to the study of the country's future development.

9. The ninth part of the report deals with the conclusion of the study. It is a very interesting and informative study of the country's development. The author has done a great deal of research and has gathered a wealth of material. The report is well written and is easy to read. It is a valuable contribution to the study of the country's development.

10. The tenth part of the report deals with the bibliography of the study. It is a very interesting and informative study of the country's development. The author has done a great deal of research and has gathered a wealth of material. The report is well written and is easy to read. It is a valuable contribution to the study of the country's development.

INTRODUCTION

Maladie rare il y a quelques années, aujourd'hui plus fréquente, le granulome eosinophile des os se caracterise par :

- une denomination imparfaite
- un cadre nosologique fixé depuis quelques années qu'elle tend a deborder
- les problemes diagnostiques et pronostiques qu'elle pose parfois de façon aigue
- enfin et surtout par son caractere benin.

Cette etude a pour but de decrire un cas de granulome osseux dit eosinophile, unique, de la première cote chez un adulte jeune.

Après avoir fait un rappel des éléments actuellement connus de cette affection du quadruple point de vue:

- descriptif
- diagnostique
- thérapeutique
- et évolutif,

nous essayerons après l'étude de cette observation de tirer les arguments permettant de faciliter la différenciation diagnostique de cette affection:

- du point de vue osseux certes,
- mais également et surtout du point de vue pulmonaire.

Enfin d'essayer de tirer quelques conclusions générales.



H I S T O R I Q U E

Les premières observations remontent à 1929 où plusieurs cas furent décrits par FUNZI.

En 1930 par MIGNON ; 1935 par MANGINI ; 1938 par SCHARRER.

Mais cette affection n'a reçu le titre de Granulome Eosinophile qu'en 1940, où JAFFE et LICHTENSTEIN lui ont donné une entité morbide anatomo-pathologique.

G E N E R A L I T E S

Maladie rare autrefois, ou peut être méconnue, sa fréquence augmente et les cas décrits d'années en années sont plus nombreux. En 1955: 160 cas.

"Le terme de granulome eosinophile des os a été utilisé par Jaffe et Lichtenstein en 1940 pour désigner une lésion bénigne particulière de l'os, caractérisée histologiquement par la présence d'abondantes cellules éosinophiles."

Or cette dénomination n'est pas tout à fait exacte: en effet les cellules éosinophiles n'existent qu'au début, et font rapidement place à des histiocytes, des cellules spumeuses, qui évoluent vers une phase fibreuse avec polymorphisme cellulaire.

D'abord décrit comme un granulome solitaire, les observations nous ont montré la fréquence croissante de sa multiplicité. Cependant les cas solitaires sont les plus nombreux : 64% dans la littérature.

Les localisations extra-osseuses peuvent être :

-cutanées, diaphragmatiques, pulmonaires, ganglionnaires.

Le caractère essentiel de ce granulome dit éosinophile est d'être absolument bénin.

Nous verrons plus loin ses relations avec diverses maladies non bénignes dans le cadre nosologique desquelles entre cette affection : les maladies de HAND-SCHULLER-CHRISTIAN, de ABT-LITTERER-SIWE et les théories en présence.

Lesion. infantile. surtout.

En effet elle survient avec une plus grande fréquence de 20 mois à 14 ans : 58 % des cas décrits intéressent les moins de 20 ans.

Le sexe masculin est le plus souvent frappé : 6 sur 8.

C L I N I Q U E

La clinique offre certes des renseignements intéressants, mais les deux atouts importants du diagnostic sont la Radiologie et l'anatomo-pathologie.

Trois aspects peuvent être décrits :

- la localisation à un seul os, plat ou court, elle intéresse notre observation
- la localisation à plusieurs os
- les localisations extra-osseuses parfois dominantes.

Localement : l'élément dominant, quoique parfois inconstant est la DOULEUR ; survenant au début ou au milieu de l'affection, elle est éminemment variable, allant de la douleur vague jusqu'aux crises violentes et brèves.

Plus constante est la TUMEFACTION de l'os, tuméfaction dure, faisant corps avec l'os, sans signes inflammatoires, tout au plus une peau tendue légèrement, un peu rouge, mais le plus souvent normale. Tuméfaction de siège métaphysaire ou diaphysaire sur les os longs.

Les Mouvements Articulaires sont normaux le plus souvent, sauf en cas d'atteinte très proche, se marquant alors par une légère limitation.

L'Atrophie Musculaire est assez constante.

Il n'existe habituellement pas d'Adénopathie, sauf en cas de forme ganglionnaire associée.

Du point de vue général :

- classiquement les signes généraux n'apportent aucun élément précis, il reste excellent.
- en fait il est habituel de noter une altération légère de l'état général, une fatigue, une dépression, une légère fièvre, qui peuvent en imposer avec une Ostéomyélite, c'est le cas pour notre observation.
- d'autres fois encore, l'état général peut être atteint sévèrement en cas de localisations, voire franchement mauvais

Nous ne décrivons pas ici les atteintes cliniques particulières à chaque localisation.

Cependant la clinique seule ne suffit pas à poser le diagnostic.

Du point de vue hématologique : une Eosinophilie vient apporter un argument certain, mais, elle est loin d'être la règle, des chiffres normaux ont été retrouvés dans maintes observations, elle peut être variable chez un même sujet, de plus il ne faut pas la confondre avec l'éosinophilie due à une parasitose intestinale fréquente chez l'enfant.

En réalité le diagnostic n'est réellement posé qu'en présence des triples éléments radiologiques, anatomo-pathologiques et évolutifs.

R A D I O L O G I E

Les images peuvent être parfois caractéristiques, d'autres fois non caractéristiques, mais toutes possèdent :

"une valeur démonstrative"

Les aspects décrits peuvent être généraux ou particuliers à chaque localisation. Nous ne décrirons que les caractères généraux pour ne nous attacher qu'au particulier à l'atteinte costale au cours de notre observation.

TROIS CARACTERES ressortent des nombreuses observations :

- tout d'abord l' OSTEOLYSE totale d'un segment osseux parfois perforation, parfois lacune, d'autres fois disparition totale, mais pas de grisailles, comme dans les Tumeurs Malignes L'ostéolyse est franche, nette, éclatante de clarté, les contours sont bien dessinés, parfaitement cernés.

- le second caractère est la REACTION DENSE DE L'OS AUTOUR de l'ostéolyse, qui s'oppose à la clarté centrale. Destruction donc et réaction créatrice, mais différente du double processus destructeur et ossificateur qui se voit dans les Tumeurs Malignes.

- enfin les contours de la lésion sont arrondis, pouvant réaliser des Arcs, des Segments de cercle ou même donner des aspects polycycliques.

A N A T O M O - P A T H O L O G I E

Les renseignements sont doubles : Biopsiques et Opératoires:

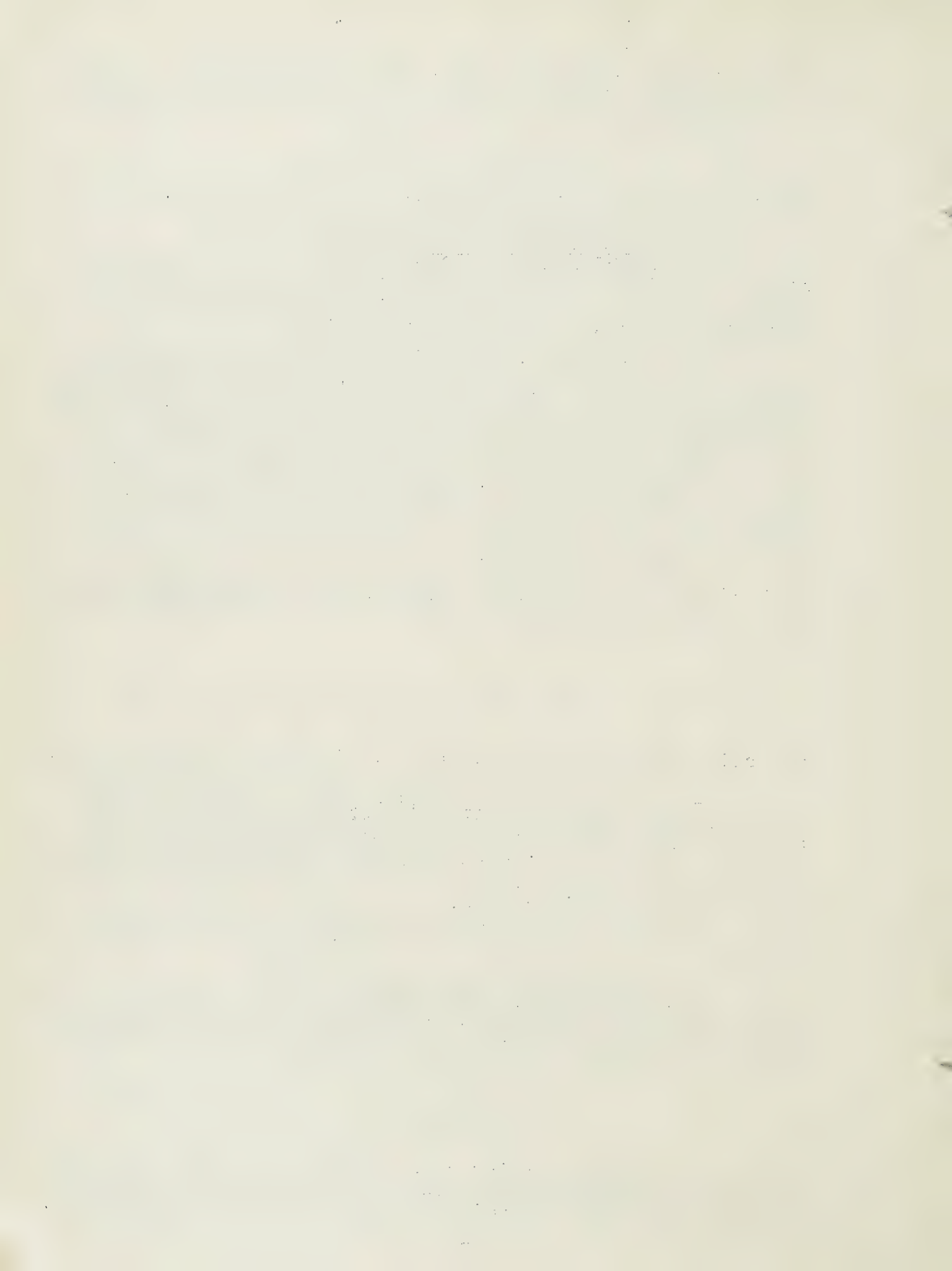
- Les données histologiques fournies par la Biopsie sont diverses selon le secteur ou même le moment évolutif, toutefois les Eosinophiles sont très souvent retrouvés, mais laissent place, nous l'avons dit, à des cellules histiocytaires, des cellules spumeuses, des cellules plasmocytoides et des cellules géantes plurinucléées.

- ce qui a fait proposer le terme de GRANULOME HISTIOCYTAIRE, c'est le cas pour notre observation.

- du point de vue opératoire : cavité macroscopique limitée par de l'os dur, emplie d'un tissu mou, jaunâtre ou rougeâtre très caractéristiques, parfois grisâtre ou verdâtre moins caractéristiques

DIAGNOSTIC

La difficulté réside moins dans la méconnaissance que dans le fait de confondre cette lésion bénigne avec des lésions plus graves, pouvant entraîner du point de vue thérapeutique,



des mutilations ou des conséquences radiothérapiques graves. Donc le diagnostic devra toujours s'appuyer sur un examen anatomo-pathologique qui viendra confirmer l'aspect radiologique le plus souvent révélateur, et le Granulome Eosinophile ne devra pas être confondu avec :

-L'OSTEOMYELITIS : c'est le cas de notre observation. le diagnostic ne pouvant être tranché qu'après l'intervention, par le laboratoire.

LES OSTEITES TUBERCULEUSES peuvent en imposer avec certains aspects de début du Granulome.

-Les exceptionnelles OSTEITES SYPHILITIKES peuvent s'entourer d'une réaction condensante.

-Le KYSTE DES OS et la TUMEUR A MYELOPLAXES ne donnent pas de réaction périphérique de densification.

-Le MYELOME MULTIPLE n'a pas de réaction périphérique mais le MYELOME SOLITAIRE peut poser des problèmes, encore que l'Histologie montre des cellules tumorales.

-Enfin et surtout et c'est là le rôle de l'Anatomo-Pathologiste, l'erreur peut être fréquente avec les formes Malignes des Tumeurs osseuses : OSTEO-SARCOMES, RETICULO-SARCOMES.

Dans la survie d'une Tumeur Maligne fait suspecter le diagnostic de Granulome Benin à posteriori.

Dans ces divers cas la difficulté du Diagnostic vient de l'existence de FORMES DE TRANSITION ENTRE CES DIFFERENTES AFFECTIONS.

Nous ne parlerons pas ici des divers diagnostics soulevés par les diverses localisations extra-osseuses du Granulome.

T R A I T E M E N T

L'ABSTENTION ne se pose que pour les lésions de diagnostic certain évoluant spontanément vers la guérison, c'est l'exception.

LE PLUS SOUVENT LE TRAITEMENT SERA CHIRURGICAL

-curetage avec ou sans greffe selon la localisation .

-exérèse-biopsie permettant le diagnostic et un traitement efficace.

En cas d'atteinte d'accès difficile chirurgicalement, la

-RADIOThERAPIE s'impose, est parfois efficace, et l'on a même proposé :

-L'ASSOCIATION DE CES DEUX THERAPEUTIQUES .

Enfin actuellement, L'HORMONOTHERAPIE cortisonique semble donner quelques résultats.

E V O L U T I O N E T P R O N O S T I C

Le GRANULOME EOSINOPHILE peut certes guerir seul, mais il est preferable de ne pas laisser evoluer la lesion, certains Granulomes pouvant s'aggraver, s'infectant ou suppurant, et nous le verrons, tous les intermediaires existent jusqu'à la Maladie de Hand-Schuller-Christian et même de Abt-Letterer-Siwe, de plus sombre pronostic.

P A T H O G E N I E

Diverses theories ont été émises pour faire entrer le Granulome dit Eosinophile dans un cadre nosologique étroit; mais sa place exacte parmi les maladies du Mesenchyme et les Reticuloses n'est pas encore établie de manière absolue. Certains ont voulu le grouper avec la Maladie de Hans-Schuller-Christian, la Maladie de Abt-Litterer-Siwe et le Xanthome Osseux, c'est LA THEORIE UNICISTE, faisant de ces diverses maladies "une affection d'origine inconnue définie par des lésions anatomiques caractéristiques se présentant sous différents aspects", formant toute une chaîne ininterrompue avec des formes de passage, prenant des formes définies en fait par leurs circonstances d'apparition chronologiques, :

-CHEZ LE NOURRISSON : Affection à evolution rapide febrile, toujours mortelle : c'est LA MALADIE D'ABT-LITTERER-SIWE.

-DANS LA SECONDE ENFANCE pronostic moins sombre, evolution sur un mode subaigu et apyrétique, c'est LA MALADIE DE HAND-SCHULLER-CHRISTIAN.

-Enfin CHEZ L'ADULTE JEUNE OU L'ADOLESCENT evolution bénigne, c'est le GRANULOME EOSINOPHILE.

Mais cette theorie connaît de nombreuses oppositions, .

Certains reconnaissent au Granulome Eosinophile une ORIGINE ALLERGIQUE. D'autres font entrer en jeu un VIRUS FILTRANT. D'autres enfin pensent à l'existence possible d'une PROTEINE ANORMALE des cellules reticulo-endotheliales au lieu d'anti-corps de ce systeme.

C A S OBSERVE

Mr. Ch. S.... , 22 ans

OBSERVATION DU SERVICE DE CHIRURGIE THORACIQUE DE MONSIEUR
LE PROFESSEUR JEAN BAUMANN . HOPITAL BEAUJON . PARIS .

§ Fevrier 1956)

GRANULOME EOSINOPHILE DE LA PREMIERE COTE CHEZ UN ADULTE
JEUNE .

HISTOIRE DE LA MALADIE

L'observation interesse Mr. Ch. S...., 22 ans, Nord-Africain,
transplanté, ce qui explique partiellement les hesitations
diagnostiques antérieures à son passage à l'Hopital Beaujon.

Le Debut des Troubles remonte à Mars 1954.

Le sujet, alors âgé de 20 ans, présente une phase d'Asthénie
d'Anorexie, de Sueurs nocturnes, de douleurs à type de cour-
batures, surtout au niveau des articulations des genoux, une
legère toux, sans expectoration.

Histoire donc de la classique "imprégnation tuberculeuse"

Cela se passait en Nord-Afrique, le malade est alors hospita-
lisé à l'Hopital de M..., avec le Diagnostic d'

INFILTRAT DU SOMMET DROIT

ET traité pendant un mois par : Rimifon (6g par jour)
Streptomycine (1g par jour).

L'Enquête ne permet pas de préciser la présence ou l'absence
de Bacilles de Koch.

Toujours est-il que le malade sort de l'Hopital au bout d'un
mois seulement de traitement, rentre chez lui, sans traitement.

L'Enquête ne permet pas de préciser s'il était considéré com-
me guéri à ce moment là.

Le malade reste chez lui pendant 6 mois : l'etat général s'
est légèrement amélioré .

Et c'est à l'occasion d'un second épisode en tous points
identique, qu'il est hospitalisé à l'Hopital de B....., pen-
dant un mois également, donc en Octobre 1954, et traité seule-
ment par du Calcium.

A sa sortie, un Médecin le suit pendant 3 mois, le traitant par le Rimifon jusqu'en Janvier 1955. L'état général est alors satisfaisant, le malade se repose jusqu'en Septembre 1955, soit 8 mois.

A cette date le sujet vient travailler en France, mais au bout de 2 mois $\frac{1}{2}$, un nouvel épisode identique aux précédents l'oblige à une nouvelle interruption de travail.

Après une consultation dans un dispensaire, puis une hospitalisation à la Fondation P..., où le malade présente une légère fièvre à $37^{\circ}5-37^{\circ}8$, un examen des crachats négatif au direct comme à l'homogénéisation, il est envoyé dans le Service, avec le diagnostic de

INFILTRAT DU SOMMET DROIT

Certes sur le cliché standard de face pris au milieu du mois de Janvier 1956, soit 15 jours avant son entrée dans le service, ce qui frappe, c'est une Opacité du Sommet Droit sus et sous-claviculaire, d'aspect assez homogène, pouvant en imposer pour une Infiltration Parenchymateuse.

Cependant, l'Aspect de la 1^o Côte, élargie dans sa totalité, par rapport au côté gauche, et l'aspect de concordance d'une Image Cavitaire et de l'extrémité de la côte mettent en garde contre un jugement trop hâtif.

En effet, cet aspect est mieux mis en évidence par les clichés standards pris dans le service à l'entrée du malade le 31-I-1956, tant de Face que de Profil (voir planche radiologique hors-texte), et surtout sur le cliché centré sur la région apexienne, qui montre un aspect tomentueux des bords de la 1^o côte et l'aspect excavé de son extrémité antérieure.

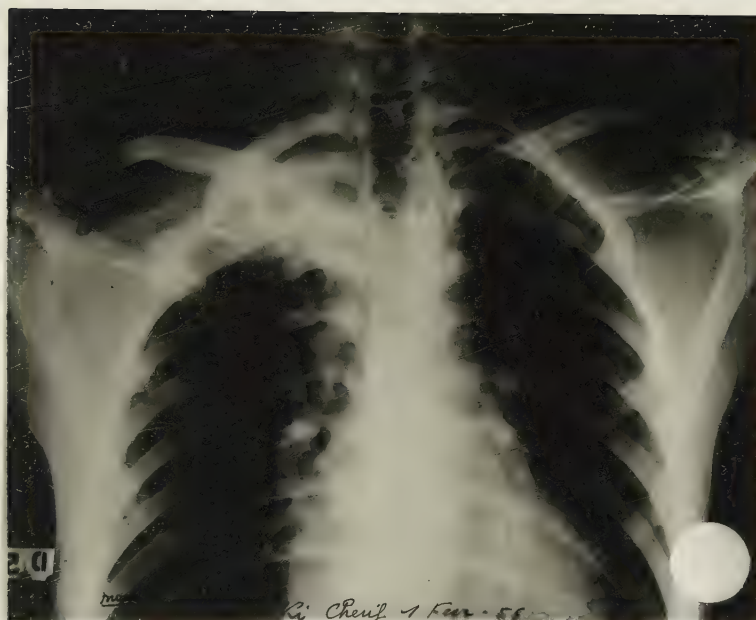
Les Tomographies faites alors en séries montrent nettement que l'atteinte excavée est antérieure, costale, tant de face que de profil. (voir planche radiologique hors-texte).

Tous ces éléments mettent en doute le seul diagnostic d'Infiltrat du Sommet Droit, et mettent en évidence la participation costale.

Et ce sont les Signes évocateurs d'une image excavée osseuse qui aiguillent le diagnostic vers la possibilité d'un GRANULOME EOSINOPHILE, que l'exercice-biopsie essaiera de confirmer.

Nous déplorons que des radiographies systèmes de tout le squelette n'aient pas été demandées, à la recherche d'autres localisations.

LE LABORATOIRE : n'apporte aucun élément positif, en révélant une Hématologie Normale : 4.540 000 Globules Rouges ; 9600 Globules Blancs, 80% d'Hémoglobine, 62% de Polynucléaires Neutrophiles, 1 Eosinophile, 1 Basophile, 29 % de Lymphocytes, 7 Monocytes.





D'autres parts : UREE : 0,25g/litre.

Seule la Vitesse de Sédimentation peut apporter un élément discret en se situant à : 33 à la 1^o heure, 64 à la seconde, 101 à la 24^o.

L'EXpectoration Purulente ne contient pas de Bacilles de Koch tant au direct qu'à l'homogénéisation.

Les Phosphatases acides titrent : 10 U. Plumel.

Les Phosphatases alcalines : 4,5 U. Bodansky.

C'est donc sur l'exerese-Biopsie que repose le diagnostic d'affirmation de cette lésion costale .

L ' I N T E R V E N T I O N

(8 Février 1956)

L'Indication posée était l'ablation de la lésion du double point de vue diagnostic et thérapeutique c'est à dire :

L'EXERESE-BIOPSIE

Pratiquée sous Anesthésie Générale, après Rugination des Faces supérieure et inférieure de la Côte, la section de celle-ci met en évidence une cavité qui contient des fongosités et un peu de pus que l'on donne à analyser.

La cavité medullaire est élargie, sa paroi inférieure amincie un curetage soigneux de la cavité est pratiqué.

La fermeture se fait sur drainage filiforme

Donc même per-opératoirement aucun élément précis quant au diagnostic réel, et l'on aura, pour ce faire, recours à l'Examen anatomo-pathologique.

L ' A N A T O M I E - P A T H O L O G I E

Après quelques hésitations, elle vient trancher le diagnostic et faire de cette affection un GRANULOME EOSINOPHILE, et mieux
UN GRANULOME HISTIOCYTAIRE

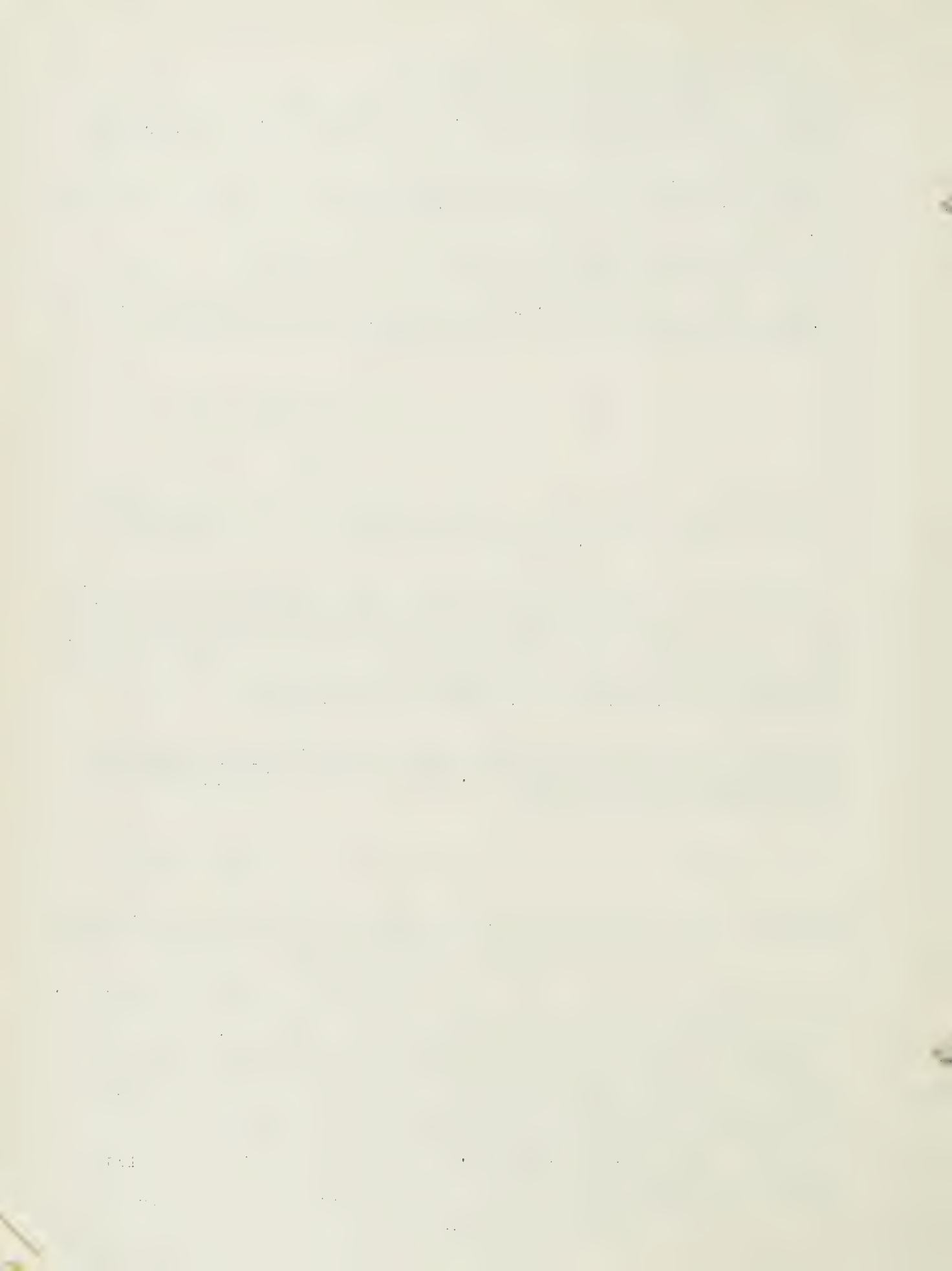
En l'absence de renseignements précis, le laboratoire avait d'abord donné le compte-rendu suivant :

"Ces fragments sont constitués par des débris d'un tissu granulomateux très riche en plasmocytes et présentant des zones oedemateuses ou hémorragiques.

En une région, persistent quelques lamelles osseuses altérées. Ce granulome n'est pas spécifique, et il ne présente pas de signes histologiques de malignité.

Je pense donc qu'il s'agit d'un petit foyer d'ostéomyélite costale subaigue.

Bien entendu, il ne faut pas oublier qu'il peut toujours s'



agir de remaniements contingents au voisinage d'une lésion qui n'aurait pas été intéressée par le prélèvement."

Et c'est seulement sur la demande de l'opérateur que la révision des coupes fait conclure avec certitude cette fois, au

"Diagnostic de Granulome Eosinophile d'aspect un peu atypique du fait de sa grande richesse en plasmocytes."

L E S S U I T E S

LES SUITES OPERATOIRES : dans ce cas ont été simples :

- mise en place d'un drain
- antibiotiques locaux
- evacuation
- absence de communication au Bleu

A LA SORTIE DU MALADE (28-2-1956) : La Radiographie met en évidence cette fois une image costale de soustraction osseuse très nette due à l'ablation de la tumeur, la réaction périphérique pre-existante ayant disparu.

LES SUITES ELOIGNEES : En Juin 1956, soit 4 mois après, aspect absolument identique à celui de la sortie.

CE QUI A ETE PUBLIE DANS LA LITTERATURE SUR LES LOCALISATIONS COSTALES.

Tout d'abord quelques généralités :

L'atteinte costale s'accompagne parfois d'une réaction pleurétique ou pulmonaire.

L'atteinte pulmonaire existerait dans la proportion de 10% des cas pour certains auteurs.

Souvent latente, marquée par toux, dyspnée, parfois même existence de Pneumothorax spontané.

Image le plus souvent réticulo-nodulaire ou bien ombre diffuse.

La localisation costale elle-même se marque :

- soit par un élargissement de l'os qui se présente renflé, ce qui a fait dire Exostose,
- soit au contraire par une complète Ostéolyse d'un segment costal.

Comme exemple particulier : nous n'avons ~~déjà~~ décrit dans

la littérature française qu'un granulome de la 3^o cote, donnant une image d'apparence soufflée, multiloculaire simulant une tumeur à myeloplaxes, aspect ne permettant nullement le diagnostic de Granulome eosinophile. Cependant sur cet aspect, fort évocatrice était l'association de :

- la réaction osseuse peripherique constructive qui évoque l'osteomyélite ou la tumeur maligne,
- et l'apparence de lésion qui évoque le kyste ou autre dystrophie benigne.

Réactions identiques donc a celles observees dans notre cas.

Dans ces localisations, le diagnostic de Granulome Eosinophile ou mieux de Granulome Histiocytaire, devra être évoqué, chaque fois que l'on se trouvera devant cette association, et son bien-fondé confirmé par un examen anatomo-pathologique, quand celui-ci sera possible.

CONSEQUENCES ET CONCLUSIONS PARTICULIERES A TIRER DE CETTE OBSERVATION.

- Elles sont triples : touchant :
- le diagnostic positif des localisations purement costales
 - l'aspect parfois associé de l'atteinte pulmonaire ou pleurale
 - enfin de la connaissances de ces deux premieres on peut tirer les consequences therapeutiques et même sociales.

LE DIAGNOSTIC POSITIF :

- là également ce double aspect fort évocateur dont nous avons parlé :
- reaction destructive donnant l'aspect de lesion excavée soufflée signe habituel de bénignité
 - reaction condensante periphérique suspecte de malignité, ce dernier signe plus difficile à mettre en evidence en presence d'une grisaille pulmonaire ou pleurale.

L'ATTEINTE PULMONAIRE OU PLEURALE ASSOCIEE :

- peut certes egarer le diagnostic, nous l'avons vu

-mais également faire reconnaître une atteinte costale
sus ou sous-jacente, alors plus difficile à mettre en
evidence.

Cette alternative est celle observée dans notre cas.

ENFIN LES CONSEQUENCES THERAPEUTIQUES ET SOCIALES :

L'immobilisation d'un sujet au cours d'un traitement
anti-tuberculeux très long et assez pénible à endurer, sur-
tout lorsqu'il s'agit comme dans notre observation d'un
cas à rechutes multiples, reconnues.

CONCLUSIONS GENERALES

Le problème posé par le Granulome Eosinophile reste actuelle-
ment entier.

Dans certains cas le Diagnostic peut être évoqué facilement
mais le plus souvent les difficultés sont nombreuses et c'
est seulement l'Anatomo-Pathologie qui viendra trancher, cha-
que fois que l'examen sera possible.

Dans le cas contraire, les traitements palliatifs ne seront
entrepris qu'en toute connaissance de cause.
Les auteurs insistent suffisamment sur ce point, afin de n'
entraîner point de conséquences fâcheuses et sociales. et the-
rapeutiques.

En conclusion :

LA DENOMINATION IMPARFAITE DE GRANULOME EOSINOPHILE NOUS
FAIT PREFERER LE TERME DE GRANULOME HISTIOCYTAIRE POUR
CETTE ATTEINTE LACUNAIRE OSSEUSE DE LA PREMIERE COTE CHEZ
UN ADULTE JEUNE.

SA DEFINITION ET SA PLACE DANS LA NOSOLOGIE RESTENT ENCORE
IMPRECISES.

NOUS INSISTERONS ENCORE SUR SES RAPPORTS AVEC LES MALADIES
DE HAND-SCHULLER-CHRISTIAN ET ABT-LETTERER-SIWE

SUR LA DIFFICULTE DU DIAGNOSTIC ET SURTOUT SUR CELUI DE SA
DIFFERENCIATION.

DANS NOTRE CAS SA CONFUSION AVEC L'ATTEINTE PULMONAIRE.

B I B L I O G R A P H I E

- M.FEVRE : Reflexions sur le Granulome dit eosinophile des os
Bulletin de l'Academie Nationale de Medecine
8 au 15 Janvier 1957. p.39-44.
- M.FEVRE : Elements de diagnostic positif du Granulome dit
eosinophile.
Seances extraordinaires de la societe de Chirurgie
de Toulouse.Toulouse médical.Octobre 1954.p.705-II
- J.CREYSSEL : A propos du Granulome dit éosinophile des Os.
Séances extraordinaires de la Société de Chirurgie
de Toulouse. Toulouse médical . Octobre 1954.p.712
- M.FEVRE : Le Granulome Eosinophile des Os et son diagnostic
radiologique.
Revue du praticien.II Juillet 1957.p.2214.
- A.HUGUENIN,Mme J.MUSSINI-MONTPPELLIER ,Ch.PHELINE,et A.ALBON.
Granulomes dits eosinophiles des os ; un cas avec
observation.
Algerie médicale. Septembre 1956.p.711-713.
- Ch.SARROUY,R.SABATIER,Ch.LORENZI :
Maladie de Hand-Schuller-Christian.
Toulouse médical. ... 19;;
- L.TAVERNIER : Granulome des os .
Lyon chirurgical.Tome 44 N°I 1949,P.41...
- WALTER MERCER and R.B.DUTHIE :
Histiocytic Granulomatosis.
J.Bone Surgery 1956.38.B.279
- LIGHTWOOD,BODIAN : "Discussion sur le Granulome à éosinophi-
les."
Proceeding of the royal society of Médecine.
Londres.48-9.Septembre 1955;pp711-720.
- CHAKIR,CHAKAR,EROGLU : Deux cas de granulomes éosinophiles
Journal d'Orthopedie 1956.pp.868-872.
- P.MARTIN : A propos d'un cas de Granulome éosinophile
Revue Belge de Pathologie et de Medecine experi-
mentale.pp.388-391.

- CARSAN : Les formes osseuses du Granulome éosinophile.
THESE.Toulouse.1956.N°31.
- J.BEIX : Memoire pour le centre d'etudes specialisees de
Radiologie : "Contribution à l'etude radiologique
du Granulome éosinophile."
(Travail du Service de Radiologie de l'Hotel-Dieu.
- LAYANI, ASCKENAZY : "Histiocytome éosinophile".
Memoire de la societe de Medecine des Hopitaux de
Paris.1948.64.391.
- LEGER, DUCROQUET : "sur 80 cas controles de Granulome éosino-
phile ."Les Maladies du Squelette".Paris.1949.
Masson editeur.
- BOLGERT : Reticuloses osseuses.
Semaine des Hopitaux de Paris.1950.2773.
- CREYSSEL : Granulome osseux a caractere familial.
Lyon Chirurgical.Mars 1951.Tome 46,pp223.
- TERSIER : Tumeurs costales primitives.
THESE.Bordeaux.1952.1953.N°104.
- MAURER, DESTEFANO : J.of Thoracic Surgery.
1948.17 p.350.356.
- RUTISHAUSEN, CAZAL : Revue de Medecine Suisse.
1948.N°9.p567-570.
- ALFAT : Semaine des Hopitaux de Paris.1948.28943.
- DUBAN et BOURDET : "Le Poumon".4.1950.
- LAYANI : "Histiocytome éosinophile des Os dit Granulome
éosinophile et lien de parente avec la maladie
de Hand-Schuller-Christian.
- SALAZADE SOIZA : Revue Portugaise de Pediatrie et de Pueri-
culture,et Semaine des Hopitaux de Paris 1951.27.33.
- SACAY, JUIF, GEIGER : Granulome éosinophile du femur chez un
garcon de 4 ans. 49686.P.437-439.

FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS

VU : LE DOYEN

LEON BINET

VU
et PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR
DE L'ACADEMIE DE PARIS

JEAN SARRAILH

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

PHYSICS DEPARTMENT

CHICAGO, ILLINOIS

1950

RECEIVED

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

